

знаходяться на диспансерному обліку в Донецьком обласному центрі профілактики й боротьби зі СНІДом. Пацієнтів обстежували за єдиною методикою, що включала загальноприйнятні клінічні дослідження порожнини рота. Результати оцінки свідчать про високу поширеність патології пародонта й слизової оболонки порожнини рота (пародонтит зустрічається в 89,18%, кандидоз – 85,09%). Дані захворювання характеризуються латентним протіканням і слабкою виразністю клінічних симптомів. ВІЛ-інфіковані пацієнти є групою людей, що вкрай потребують у пародонтологічній допомозі.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, патологія пародонту, захворювання слизової порожнини рота.

monitored by the Donetsk regional centre of control and preventive measures against AIDS. The patients were examined following the same methods including generally accepted clinical tests of oral mucosa. The study results show wide extension of oral mucosa and paradontium pathology (paradontium is found in 18,18% cases, candidiasis – 85,09%). These illnesses are characterized by delitescence development and slight availability of clinical symptoms. HIV-patients belong to a group of people who acutely need periodontal aid.

Key-words: HIV-infection, pathology of paradontium, illnesses of oral mucosa.

УДК: 616.12-008.331.1-053.89/9:616:31-089.5-085.211

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ КАРТИНИ У GERONTOLOGIЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОМУ ПІДХОДІ ДО ВИБОРУ АНЕСТЕТИКА

А.А. Хижняк, Н.П. Битчук, Ю.В. Волкова, А.П. Шегирев,
Харківський національний медичний університет, м. Харків.

Проведено комплексне клініко-лабораторне й інструментальне обстеження 83 геронтологічних хворих із щелепно-лицьовою патологією, що мають у супутній патології гіпертонічну хворобу. Виявлено, що основним фактором ризику хворих у періопераційному періоді в даній категорії пацієнтів є підвищена чутливість до коливань гемодинамічних показників. Доведено доцільність використання дипривана як базисного компонента анестезії у хворих літнього й старечого віку із щелепно-лицьовою патологією.

Ключові слова: анестезія, літній вік, періопераційний період.

Науковий інтерес до спектра можливостей адаптаційних здатностей організму придбав виражену актуальність у зв'язку зі значною розмаїтістю фармакологічних засобів, у тому числі й препаратів для анестезії. На підставі сучасних подань про проблему гомеостазу можна припускати, що ряду механізмів захисту організму в умовах гострого й хронічного стресу притаманні в тому числі також і патологічні характеристики [1, 2, 5]. Добре відома роль глюкокортикоїдів у функціонуванні й організації компенсації метаболізму в момент одержання стресу [3, 4, 6]. Її наслідки можуть приводити до «діабетичного синдрому», виразність якого відображає глибину й тривалість стресорного впливу [7, 8, 9].

Метою роботи було вивчення особливостей клініко-лабораторної картини у геронтологічних пацієнтів із щелепно-лицьовою патологією в періопераційному періоді при використанні різних препаратів для анестезії.

Матеріал і методи дослідження. Дане дослідження виконане згідно плану науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету „Патофізіологічне обґрунтування сучасних методів в діагностиці і хірургічній корекції захворювань органів черевної порожнини, судин, легень, щитоподібної залози з урахуванням порушень гомеостазу” (№ державної реєстрації 0106U001855).

В основі дослідження лежить аналіз даних історій хвороби, результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження й лікування 83 пацієнтів із щелепно-лицьовою патологією, 29 (34,9%) чоловіків і 54 (65,1%) жінки, що перебували на лікуванні у відділенні щелепно-лицьової хірургії ХМКЛ ШНМД ім. проф. А.І.Мещанінова. Умовами включення пацієнтів у дослідження були: вік більше 60 років, наявність в анамнезі гіпертонічної хвороби I-II ст. протягом не менш 2-х років при відсутності цукрового діабету й хронічної алкогольної залежності.

Оперативне втручання в обох групах виконувалося під внутрішньовенною комбінованою багатокомпонентною збалансованою анестезією з тотальною міоплегією і штучною вентиляцією легень (ШВЛ). ШВЛ виконували наркозно-дихальним апаратом „Фаза-8” із застосуванням киснево-повітряної суміші. Періопераційно досліджували клініко-лабораторні показники, у тому

числі рівень кортизола в сироватці крові, а також частоту серцевих скорочень (ЧСС), систолічний, діастолічний й середній артеріальний тиск (АТс, АТд, АТср), параметри центральної гемодинаміки по М.І. Тищенко (серцевий індекс (CI), ударний індекс (UI), загальний периферичний судинний опір (ЗПСС), серцевий викид (СВ), ударний об'єм (УО)). Ступінь виразності болю оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

У передопераційному періоді ввечері напередодні оперативного втручання хворим обох груп, що вимагають корекції психоемоційного статусу під контролем гемодинамічних показників проводилася профілактична премедикація: транквілізатори (феназепам у дозі 0,03 мг/кг), при наявності вираженого болю призначався анальгетик (кетонал у дозі по 2 мол 1-2 рази в день при наявності показань). Лікувальну премедикацію проводили за 40 хвилин до початку операції після внутрішньовенним введенням атропіну сульфату в дозі 0,01 мг/кг маси тіла, димедролу в дозі 0,2 мг/кг маси тіла, фентанілу в дозі 0,001 мг/кг маси тіла, сибазону в дозі 0,142 мг/кг маси тіла. Індукція досягалася внутрішньовенним введенням в основній групі дипривана в дозі - 2 мг/кг, у контрольній - тіопентала натрію в дозі - 4 мг/кг. Інтубацію трахеї проводили після зрошення ротоглотки та входу в гортань 10% розчином лидокаїна й внутрішньовенного введення дітіліну в дозі 2 мг/кг маси тіла. Підтримували анестезію внутрішньовенним введенням в основній групі дипривана в дозі - 4 мг/кг/година, у контрольній - тіопентала натрію в дозі - 4мг/кг/година. Аналгезія в обох групах досягалася болюсним введенням фентанілу в дозі 0,002 мг/кг маси тіла через кожні 20 хвилин, міоплегія - ардуаном у дозі 0,1 мг/кг маси тіла в годину. Після закінчення операції всі пацієнти були екстубовані однієї години післяопераційного періоду.

Результати дослідження і їхнє обговорення. При порівняльному аналізі показників обох груп виявлене достовірне ($p < 0,05$) розходження між показниками АТ і ЧСС (мал. 1, 2). Застосування тіопентала натрію супроводжувалося більше вираженим зниженням АТ й ростом ЧСС, що обумовлено ситуаційної органомою гіперперфузією і позиціонується як негативний ефект при наявності в пацієнтів гіпертонічної хвороби.

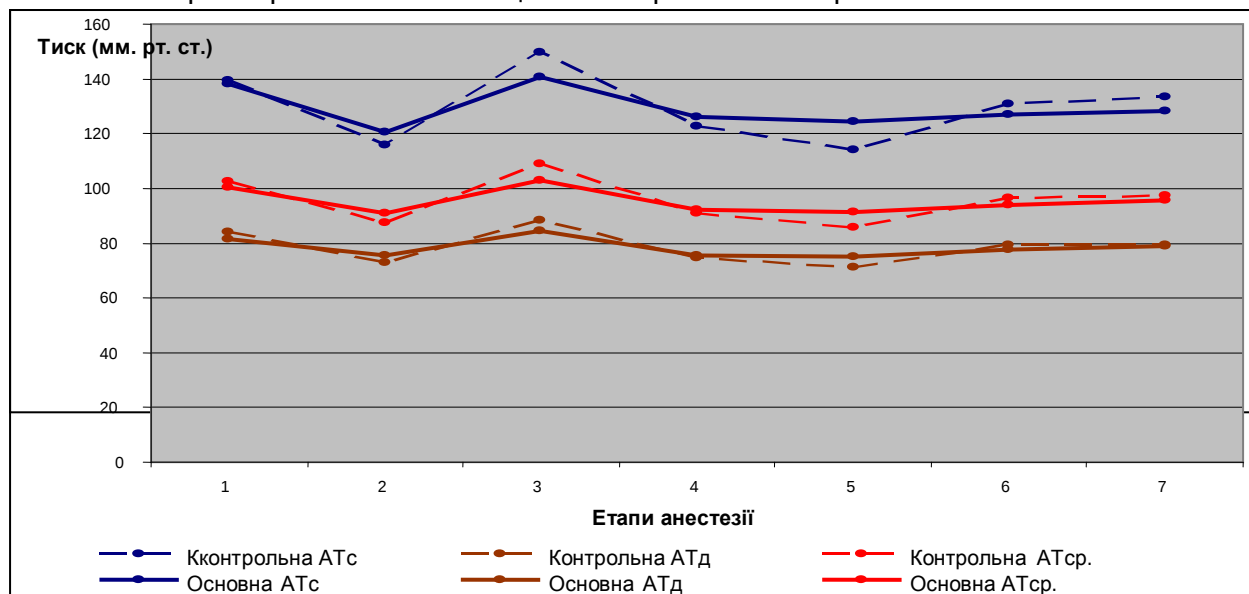


Рис.1. Динаміка АТ у периопераційному періоді. Примітка. Етапи анестезії: 1-премедикація, 2-індукція, 3-інтубація трахеї, 4-початок операції, 5-основний момент операції, 6-кінець операції, 7- перші сутки після операції.

При порівняльному аналізі показників кортизолемиї й гликемії виявлене недостовірною тенденцією к їх зниженню у пацієнтів основної групи (рис 3, 4) на фоні достовірних ($p < 0,05$) різних гемодинамічних показників у больових обох груп, характеризують більшу ефективність й управляємість анестезії при використанні дипривана.

У післяопераційному періоді при порівняльному аналізі параметрів гемодинаміки достовірних відмінностей серед їхніх показників виявлено не було, однак у пацієнтів контрольної групи була відзначена більша їхня варіабельність. У свою чергу, при вивченні рівнів кортизолемиї й глікемії в динаміці було виявлене достовірне ($p < 0,05$) їх зниження в пацієнтів основної групи. Також у процесі обстеження було відзначено, що у хворих контрольної групи пробудження після

операції наступало більш довгостроково й супроводжувалося вираженою ретроградною амнезією. При цьому ступінь виразності болю була ідентична в обох групах.

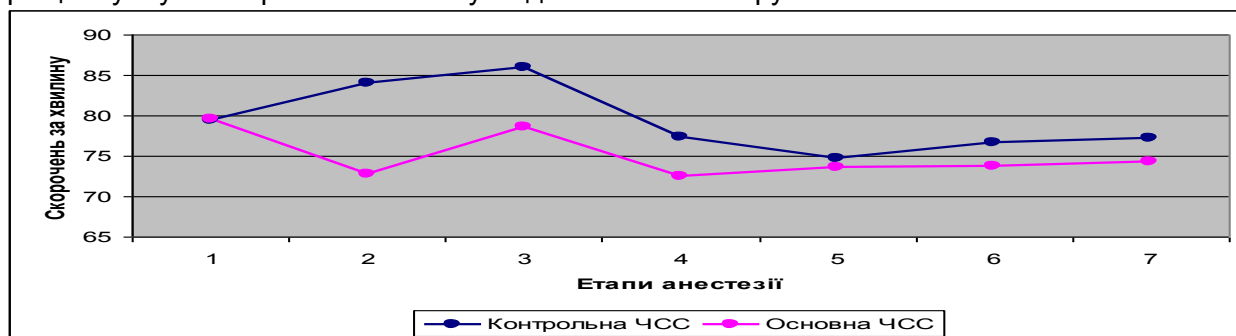


Рис. 2. Динаміка ЧСС у періопераційному періоді.

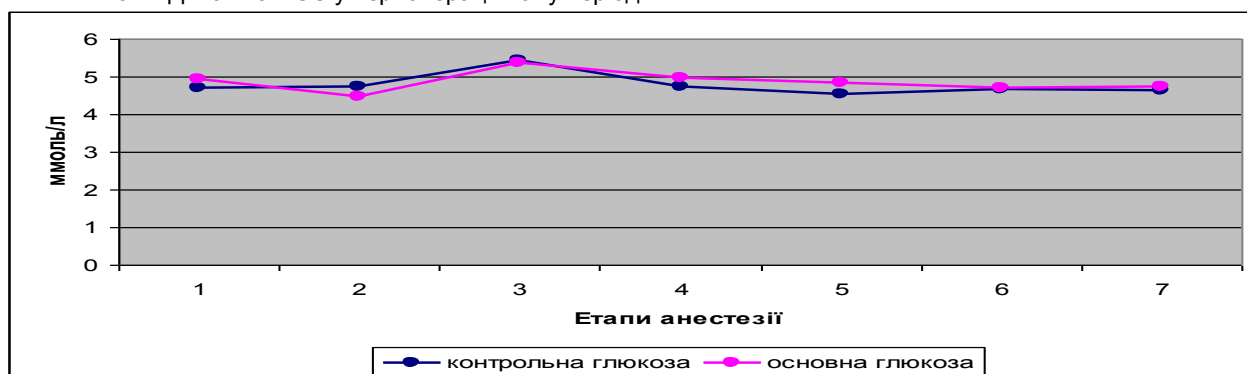


Рис. 3. Динаміка змін рівня глюкози у періопераційному періоді.

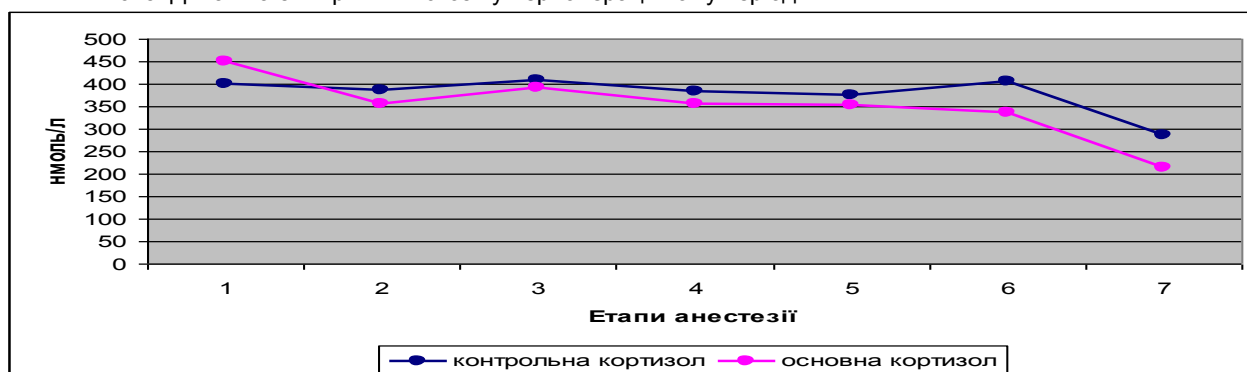


Рис. 4. Динаміка змін рівня кортизолу у періопераційному періоді.

Таким чином, враховуючи визначені у нашому дослідженні дані, проблема анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії геронтологічних пацієнтів дотепер не залишає своєї актуальності. Значущими проблемами, які потребують подальшого вивчення, залишаються періопераційне ведення хворих похилого та старечого віку з іншою супутньої патологією та надання їм адекватного знеболення протягом усього часу перебування у стаціонарі.

Висновки

1. Одним з факторів ризику періопераційного періоду у геронтологічних пацієнтів є підвищена чутливість до коливань гемодинамічних показників.
2. Досить актуальною проблемою є вибір найбільш «охоронного» режиму проведення загальної анестезії в геронтологічних пацієнтів у стаціонарі одного дня.
3. Використання дипривана як базисного компоненту анестезії є найбільш раціональним у хворих літнього й старечого віку із щелепно-лицьовою патологією.

Література

1. Алмазов В.А. Лечение больных гипертонической болезнью / В.А.Алмазов, Е.В.Шляхто // Международный медицинский журнал. – 1998. - № 3. – С. 89-93.
2. Кириченко А.А. Артериальная гипертензия у пожилых // Российский медицинский журнал. – 2002.- № 2. - С. 49-51.

3. Недоступ А. Лабильная артериальная гипертензия пожилых – особый вариант течения артериальной гипертензии / А.Недоступ, В.Федорова, А.Дмитриев // Врач. – 2001. - № 7. – С. 11-14.
4. Овезов А.М. Коррекция гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста, оперированных на желчных протоках / А.М.Овезов, Н.Е.Буров // Анестезиология и реаниматология. – 2002. - № 3. – С. 67-70.
5. Федоровский Н.М. К вопросу об анестезии пожилым // Мед помощь. – 2004. - № 2. – С. 34-36.
6. Чепкий Л.П., Усенко Л.В. Геріатрична анестезіологія та реанімація. – К.: Здоров'я, 1994. – 256 с.
7. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure / The SOLVD Investigators // New England Journal of Medicine. – 1991. – Vol. 325. – P. 293–302.
8. Prys-Roberts C. Isolated systolic hypertension // Anaesthesia. – 2001. – Vol. 56. – P. 505-511.
9. Randomized placebo-controlled trial of effect of ramipril on decline in glomerular filtration rate and risk of terminal renal failure in proteinuric, nondiabetic, nephropathy / The GISEN group // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 1857–1863.
10. The effects of the angiotensin converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy; the Collaborative Study Group / E.J.Jewis, L.G.Hunsicker, R.D.Bain [et al.] // New England Journal of Medicine. – 1993. – Vol. 329. – P. 1456–1462.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ КАРТИНЫ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ВЫБОРУ АНЕСТЕТИКА

**Хижняк А.А., Битчук Н.Д., Волкова Ю.В.,
Шетилов А.П.**

Проведено клинико-лабораторное обследование 83 геронтологических больных, имеющих в сопутствующей патологии гипертоническую болезнь. Выявлено, что основным фактором риска больных в периоперационном периоде у данной категории пациентов является повышенная чувствительность к колебаниям гемодинамических показателей.

Ключевые слова: анестезия, пожилой возраст, периоперационный период.

THE PARTICULARITIES OF THE CLINICAL AND LABORATORY FEATURES IN ELDERLY AND OLD PATIENTS DURING DIFFERENTIATE APPROACH TO ANAESTHESIA

**Khyzhnyak A.A., Bitchuk N.D., Volkova Ju.V.,
Shetilov A.P.**

The analysis of the clinical and laboratory features in 83 elderly and old patients during differentiate approach to anaesthesia provided. We found that the perioperative arterial blood pressure correction is one of the main problems in urgent dental surgery for elderly and old patients.

Key words: dental surgery, elderly and old patients, arterial blood pressure.

УДК 616.127- 005.8 – 002

ТИПИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ЯК ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О.А. Черевко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для хворих на гострий інфаркт міокарда характерні такі типи ремоделювання серця: лівошлуночковий - у 5,8% хворих; бівентрикулярний з кінцево-діастолічним розміром правого шлуночка менше 2,6 см - 30,5%, 2,6 см і більше - 63,6%. Виражене збільшення об'ємних та лінійних розмірів лівого шлуночка, маси міокарда вставлено для хворих на ГІМ з бівентрикулярним типом, особливо у тих, хто мав КДР правого шлуночка 2,6 см і більше. Зміни рівня еозинофілів, сегментоядерних нейтрофілів є відображенням особливостей асептичного запалення, що обумовлене некрозом, пошкодженням міокарда. У хворих з ускладненим перебігом ГІМ частіше спостерігали бівентрикулярний тип ремоделювання. На фоні бівентрикулярного типу ремоделювання рідше зустрічається гіпертонічний криз під час розвитку ГІМ, що можливо пов'язано з наявністю коронарно - міокардіальної недостатності, зниженням насосної функції серця в поєднанні зі змінами регулювання загального периферичного опору.

Ключові слова: ремоделювання, атеросклероз, гіпертонічна хвороба.

Фрагмент ініціативної теми (державний реєстраційний №0106U003238) "Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування".

Останнім часом клініцисти приділяють особливу увагу структурно-геометричній та функціональній перебудові серця при серцево-судинній патології [13, 9, 6].